

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° 118

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand LE ROCHAIS

Né à Lanvollon (Côtes-du-Nord), le 4 octobre 1889

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille d'honneur des épidémies

Accidents Cérébro-Méningés
DE LA SYPHILIS
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. PAUL CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

118

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand LE ROCHAIS

Né à Lanvollon (Côtes-du-Nord), le 4 octobre 1889

Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille d'honneur des épidémies

Accidents Cérébro-Méningés

DE LA SYPHILIS

AU COURS DE LA GROSSESSE



Président : M. PAUL CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CARNOT

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*En le remerciant du très grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Accidents Cérébro-Méningés

DE LA SYPHILIS

AU COURS DE LA GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Nous avons recueilli, dans le service de notre maître M. le Dr Rudaux, à l'hôpital Boucicaut, l'observation d'une malade qui fut atteinte, au cours de sa grossesse, d'épilepsie Bravais-Jacksonienne d'origine syphilitique.

Nous avons voulu rechercher si des faits analogues avaient été publiés.

Les rapports de l'épilepsie essentielle et de la grossesse ont été depuis longtemps étudiés, mais les premiers auteurs, qui ont traité la question, confondaient sous le nom d'épilepsie toutes les manifestations convulsives, qu'on pouvait observer chez les femmes enceintes. Le syndrome épilepsie a été peu à peu dissocié par suite de l'isolement d'entités nosologiques distinctes, qui, à la faveur de données étio-

logiques et pathogéniques nouvelles, ont fini par se constituer.

Le groupe des épilepsies symptomatiques a d'abord été isolé à la suite des travaux de Bravais et Jackson. Mais ce n'est que dans la seconde moitié du xix^e siècle que l'éclampsie a été isolée de l'épilepsie. La notion de l'éclampsie-névrose a régné pendant longtemps, et rien ne la séparait alors de l'épilepsie. Sa pathogénie a été peu à peu élucidée, bien qu'elle reste encore fort complexe.

Les rapports de l'épilepsie Bravais-Jacksonnienne avec la grossesse nous paraissent avoir été complètement passés sous silence. Nous n'avons rencontré, dans la littérature médicale, aucune communication ayant trait à la question. Dans les Archives de la Maternité de l'hôpital Boucicaut en particulier, nous n'avons trouvé aucune observation comparable à celle que nous publions ici.

Par contre nous y avons retrouvé une observation de méningite syphilitique au cours de la grossesse, mais sans crises Jacksonniennes ; et, rapprochant ces deux observations, nous nous sommes proposé d'étudier les rapports qu'affectent, avec la grossesse, les manifestations cérébro-méningées de la syphilis.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Méningite syphilitique au cours d'une grossesse chez une secundipare.*

J... Clémence, âgée de vingt et un ans, mécanicienne, entre à la Maternité de l'hôpital Boucicaut le 26 janvier 1916, parce que, depuis plusieurs jours, elle a des vomissements quotidiens et répétés.

Antécédents héréditaires. — Père vivant ; mère morte de cancer.

Antécédents personnels. — A été réglée à treize ans. A eu une première grossesse en 1914, et est accouchée à huit mois et demi d'un enfant vivant du sexe masculin.

Le mari a été réformé pour surdité.

Dernières règles le 20 août 1915.

A l'entrée. — On constate l'existence d'une grossesse de cinq mois environ. L'utérus dépasse légèrement l'ombilic ; sa hauteur au-dessus du pubis est de 16 centimètres. Fœtus mobile ; bruits du cœur perçus. Au toucher, le col paraît un peu long. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Température : 37° I. Pouls : 86. Poids : 48 kilos.

Les jours suivants les vomissements se répètent quotidiennement ; ils sont abondants, et ne se produisent pas immédiatement après l'absorption des aliments. La quantité d'urine émise par vingt-quatre heures est de 400 grammes environ.

La malade est dyspnéique ; on constate une diminution notable de la force musculaire du côté gauche.

Dans les premiers jours de février, l'état général de la malade s'altère. Elle est abattue, somnolente. Elle est habituellement dans le décubitus latéral gauche, en chien de fusil, cuisses et jambes fléchies. Elle accuse de la céphalée ; on constate de la raideur de la nuque, qui rend impossibles les mouvements de rotation de la tête sur le cou. La température oscille entre 37 degrés et 37°7. Les vomissements persistent.

La ponction lombaire, pratiquée le 12 février, permet de constater une hypertension modérée du liquide céphalo-rachidien. La réaction de Wassermann est positive, dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le traitement mercuriel est institué. Du 8 au 23 février la malade reçoit neuf injections intramusculaires de 0,02 centigrammes de biiodure de mercure. Après la quatrième injection, l'apparition d'une stomatite légère a nécessité la suspension momentanée du traitement.

Les bruits du cœur fœtal sont toujours perçus, mais les vomissements persistent et on constate un amaigrissement progressif : le poids est de 47 kilogrammes le 10 février, de 46 kilos 500 le 18.

A partir du 23 février, la malade prend 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 27 février, on pratique la dilatation artificielle du col avec des bougies de Hégar et on rompt les membranes : le liquide amniotique s'écoule en abondance, et la femme expulse, facilement, un prématuré du sexe masculin, pesant 1.100 grammes, qui décède le soir du même jour.

Les membranes paraissent complètes ; le placenta présente un aspect lardé et pèse 280 grammes.

Le 2 mars, la céphalée et les vomissements persistent. Mais depuis l'expulsion, la malade paraît moins abattue, plus éveillée. Elle conserve la position en chien de fusil, mais les mouvements de rotation de la tête sur le cou deviennent possibles. Le 11 mars la malade peut s'asseoir dans son lit.

Du 14 au 30 mars, elle reçoit une série d'injections quotidiennes de biiodure de mercure.

Le 30 mars, la ponction lombaire ramène 15 centimètres cubes de liquide clair, très hypertendu. Le soir, la malade se déclare soulagée ; elle n'a pas de vomissements ce jour-là.

Le décès survient au début d'avril. On constate, à l'autopsie, de la congestion généralisée des méninges, avec lésions de pachyméningite diffuse. Au niveau du pédoncule cérébelleux gauche, il existe une gomme, qui se présente sous l'aspect d'un gros nodule brun, de consistance gélatiniforme. Il n'existe aucune lésion anatomique à signaler pour les autres viscères.

OBSERVATION II. — *Epilepsie Bravais-Jacksonnienne et paralysie faciale post-épileptique, d'origine syphilitique ayant débuté au septième mois d'une grossesse.*

Mme D..., âgée de vingt-trois ans, enceinte de sept mois et demi environ, se présente à la consultation de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, le 27 mai 1919.

Dernières règles le 20 septembre 1918.

Hauteur utérine : 27 centimètres.

Position du fœtus : tête en bas et mobile, dos à gauche. Les bruits du cœur sont perçus : leur foyer maximum se trouve sur la ligne ombilico-iliaque gauche au niveau de son tiers interne. Le bassin est normal. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La malade est atteinte de paralysie faciale gauche, limitée au territoire du facial inférieur, avec déviation de la commissure labiale et de la langue du côté de la lésion. L'interrogatoire nous apprend que cette paralysie s'est instituée après l'apparition de plusieurs crises d'épilepsie partielle, dont la première a eu lieu le 19 mai.

Depuis cette date un certain nombre de crises ont eu lieu : elles éclatent à toute heure du jour ou de la nuit, et ce sont ces crises qui ont décidé Mme D... à venir consulter.

Mme D... est admise à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. le Dr Rudaux.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — On ne relève rien de particulier dans l'histoire de cette femme, avant son mariage. En mai 1916, elle accouche d'un enfant à terme, mort, au bout de six semaines, de maladie indéterminée. Au début de 1918, la malade accouche, à terme, d'un deuxième enfant, actuellement bien portant. Pas de fausse couche.

Le mari, qui a fait la campagne d'Orient, en est revenu, en septembre 1918, impaludé et syphilitique (nous n'avons connu ces faits que longtemps après l'entrée de la malade dans le service).

Un mois avant son entrée à l'hôpital, donc en avril 1919, la malade, qui n'y était pas sujette, a été atteinte d'une angine rebelle à tout traitement; elle a présenté en outre de la céphalée à prédominance nocturne, et une insomnie persistante.

Un interrogatoire serré nous apprend que Mme D... a été atteinte, en octobre 1918, d'un chancre siégeant au niveau de la petite lèvre gauche, et dont la cicatrice, d'ailleurs, est encore visible. Elle a présenté en outre des plaques muqueuses et une roséole, pour lesquelles elle a été soignée à l'hôpital Cochin, de novembre 1918 à janvier 1919. Le traitement institué (injections de biiodure de mercure) a d'ailleurs été suivi irrégulièrement.

À l'entrée, l'état de la malade est le suivant. Elle se plaint de céphalée. La paralysie faciale gauche est caractéristique: la mimique est abolie dans presque toute la moitié correspondante de la figure; ce côté reste inerte, immobile; la bouche est déviée et présente l'aspect en point d'exclamation. La commissure est abaissée du côté paralysé. Tous ces symptômes sont encore plus manifestes, lorsqu'on fait parler, siffler ou souffler la malade. Mais le territoire du facial infé-

rieur est seul atteint, la paupière gauche s'ouvre et se ferme normalement. La langue est déviée du côté paralysé. Il n'existe aucun trouble sensitif pouvant permettre de penser à une lésion concomitante du trijumeau; pas de troubles vaso-moteurs.

Nous assistons, le jour de l'entrée dans le service, à 4 h. 55 de l'après-midi, à un accès d'épilepsie partielle typique. C'est d'abord une courte phase tonique: le visage grimace, les muscles de la nuque se contractent, le membre supérieur gauche est raidi. A cette phase tonique, de très courte durée, succède une phase clonique: l'œil gauche d'abord, l'œil droit ensuite se ferment, puis se rouvrent convulsivement; les paupières battent, les globes oculaires se convulsent du côté sain, et sont animés de légères secousses nystagmiformes. La bouche est déviée vers la gauche: elle est entr'ouverte au niveau de la commissure labiale droite, et, par cet orifice, l'air entre et sort avec bruit. On constate l'apparition d'écume non sanglante, en même temps que la tête se met en flexion légère et s'incline vers l'épaule gauche.

Le bras gauche se porte en avant et en dedans; l'avant-bras est fléchi sur le bras, le poignet sur l'avant-bras, et les doigts sur la paume de la main. Le membre dans son ensemble est animé de mouvements cloniques de plus en plus énergiques, qui se précipitent, puis s'atténuent ensuite, avant les convulsions de la face qui s'apaisent les dernières.

Pendant toute la crise, la malade ne profère aucune parole; elle se mord la langue, perd ses urines. Elle ne paraît pas entendre, et reste indifférente quand on l'appelle; mais malgré cette perte de connaissance apparente, elle affirme, après la crise, avoir conservé la notion du monde extérieur, sans pouvoir, d'ailleurs, nous en fournir la preuve: elle dit que, pendant la crise, elle se rend bien compte de ce qui se passe, mais qu'elle est dans l'impossibilité de l'exprimer. La température reste à peu près normale pendant la crise: elle ne dépasse pas 37° 5.

La crise est terminée à 5 heures quatre; la malade est

exténuée, couverte de sueurs ; elle accuse une sensation profonde d'abattement, une intense courbature.

La ponction lombaire est pratiquée aussitôt après la crise ; on obtient un liquide eau de roche hypotendu, qui sécoule goutte à goutte. Ce liquide ne présente pas d'hyperalbuminose : le culot de centrifugation ne renferme que de rares lymphocytes.

L'analyse chimique du sang, pratiquée au laboratoire du Dr Tiffeneau, a donné les résultats suivants : l'urée et les chlorures sont en quantité inférieure au taux d'élimination normale, fait pouvant s'expliquer par la diète lactée à laquelle était soumise la malade.

La recherche de la réaction de Wassermann, pratiquée par le Dr André Bergeron, donne un résultat ultra-positif dans le sang, comme dans le liquide céphalo-rachidien.

Les pupilles réagissent parfaitement à la lumière ; l'équilibre statique paraît conservé. La sensibilité faciale est conservée. La sensibilité générale est intacte dans tous les territoires ; les réactions à la chaleur et au froid sont normales. La force musculaire est intacte... Les réflexes rotuliens et achilléens sont augmentés, surtout à gauche : on note du même côté un signe de Babinski positif. La malade ne steppe, ni ne fauche.

L'examen ophtalmoscopique est pratiqué par le Dr Monbrun : il n'y a pas d'œdème papillaire ; pas d'atrophie optique.

Rien à signaler aux organes.

L'évolution de la maladie est la suivante : Le 27 mai, jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, les crises d'épilepsie jacksonnienne se multiplient ; on en compte six dans cette seule journée. Dans la nuit du 28 au 29, les crises deviennent subintrantes, et on doit recourir aux lavements d'hydrate de chloral, et aux inhalations de chloroforme.

Le 29 mai, la malade accuse une céphalée violente, et c'est là un symptôme nouveau qui n'existait pas à l'entrée ; elle présente en outre du strabisme convergent. La déviation de la face persiste : la malade accuse encore des vertiges, des

troubles visuels, en particulier des scotomes scintillants. La tension artérielle est de 11-16 au Vaquez. Les bruits du cœur fœtal sont toujours perçus.

Le soir de ce même jour, la céphalée est moins intense, mais le pouls reste toujours tendu.

Dans la nuit du 29 au 30 mai, on signale trois crises. Le 30 mai, la céphalée persiste, plutôt accrue, sous forme d'hémicranie. On fait une nouvelle ponction lombaire qui donne des résultats analogues à la première : liquide clair, coulant goutte à goutte, sans hypéralbuminose, et ne contenant que de très rares lymphocytes.

On institue le traitement mercuriel, par injections intra-veineuses quotidiennes de 0,01 centigramme de cyanure de mercure. La céphalée persiste, mais les crises deviennent immédiatement plus courtes et plus rares; on en note deux seulement le 31 mai, et une seule le 1^{er} juin.

Le 2 juin, il est pratiqué, par erreur et sans indications, une injection de 30 centigrammes de néosalvarsan : des nausées, et des vomissements surviennent, la céphalée s'accroît, et cet état de malaise persiste toute la journée.

On reprend les jours suivants les injections de cyanure de mercure; la malade reçoit, jusqu'au 12 juin exclusivement, une injection quotidienne de 0,01 centigramme. L'état général s'améliore; le sommeil réapparaît; la céphalée se dissipe peu à peu, et les crises disparaissent. Les bruits du cœur fœtal sont toujours normaux.

Le 6 juin, la malade est anxieuse, et ressent une douleur dans le bras gauche, qu'elle déclare reconnaître comme l'aura habituelle de sa crise jacksonnienne. Malgré ce symptôme il n'en est rien, et les jours qui suivent se passent dans les meilleures conditions.

Le 11 juin, la malade accuse une céphalée intense et une douleur dans le bras gauche; signalons que les injections intra-veineuses n'ont pas été pratiquées à ce bras.

Le 12 juin on note une salivation abondante, indice d'une stomatite mercurielle. Après avoir constaté à nouveau l'ab-

sence d'albuminurie on institue le traitement par le néosalvarsan à doses progressives :

Le 12 juin, 1^{re} injection de 0, 10 centigr. de Néo.

Le 16 juin, 2^e — de 0, 15 —

Le 21 juin, 3^e — de 0, 30 —

Le 27 juin, 4^e — de 0, 30 —

Ces interventions n'amènent aucun malaise : ni céphalée, ni nausées, ni vomissements, ni douleurs lombaires, ni palpitations, ni état syncopal. Par prudence, pendant toute cette période, on a institué le régime déchloruré, qui est continué jusqu'au 22 juin ; à cette date, on autorise le régime normal.

La céphalée a disparu, et les crises d'épilepsie jacksonienne n'ont pas reparu.

Le strabisme persiste ; l'examen du fond d'œil, pratiqué à nouveau, ne révèle rien d'anormal. La réaction de Wassermann est toujours positive totale.

Le traitement est poursuivi de la manière suivante, sans incidents :

Le 3 juillet, 5^e injection de 0, 45 centigr. de Néo.

Le 9 juillet, 6^e — de 0, 45 —

Le 14 juillet, 7^e — de 0, 60 —

Le 20 juillet, 8^e — de 0, 60 —

Le 26 juillet, 9^e — de 0, 80 —

L'état général de la malade est aussi bon que possible ; la tension artérielle au Vaquez est de 11-14. Les crises jacksoniennes n'ont pas reparu ; le strabisme a diminué ; la paralysie faciale a retrecédé peu à peu ; elle ne subsiste plus qu'à l'état d'ébauche.

La grossesse est à terme, et son évolution s'est poursuivie normalement.

La malade quitte l'hôpital le 26 juillet, et accouche le lendemain 27 juillet, à l'hôpital de Versailles, d'une fille à terme, bien constituée, pesant 6 livres. Le placenta pesait 420 grammes. Les premières douleurs sont apparues à 5 heures du matin ; le travail s'est poursuivi normalement,

sans incident d'aucune sorte ; l'accouchement a eu lieu à 9 heures : aucune crise épileptiforme n'a été constatée.

Douze jours après l'accouchement, Madame D... revient consulter à l'hôpital Boucicaut, parce qu'elle a eu la nuit précédente, une nouvelle crise jacksonnienne. Le traitement est alors repris, est poursuivi de la manière suivante :

A partir du 7 août, la malade reçoit, tous les six jours, une série de sept injections de Néolvarsan, aux doses suivantes : 0, 15 ; 0, 30 ; 0, 45 ; 0, 45 ; 0, 60 ; 0, 60 ; 0, 80 centigrammes. Cette dernière injection est pratiquée le 24 septembre.

Les crises ne se sont pas reproduites. L'état de la malade est aussi bon que possible. La céphalée, si tenace au début, n'a pas reparu. La paralysie faciale a disparu sans laisser de traces. La malade accuse cependant une notable diminution de la mémoire des faits récents, et en particulier de ceux d'ordre domestique.

La réaction de Wassermann restant toujours positive, Madame D... est soumise à nouveau au traitement mercuriel, par injections intramusculaires de biiodure de mercure.

CHAPITRE III

DISCUSSIONS DES OBSERVATIONS ET DIAGNOSTIC DES ACCIDENTS CÉRÉBRO-MÉNINGÉS DE LA SYPHILIS AU COURS DE LA GROSSESSE

Les traités d'obstétrique ne signalent guère la possibilité de manifestations cérébro-méningées d'origine syphilitique au cours de la grossesse. Leur rareté s'explique facilement en raison même de la lenteur habituelle d'évolution des lésions anatomopathologiques, qui leur donnent naissance. La méningite syphilitique chronique, et les gommes cérébrales ou méningées sont en effet des lésions tertiaires, dont l'expression clinique ne se manifeste, habituellement, que de longues années après le chancre, et par conséquent exceptionnellement chez la femme, pendant la période d'activité génitale. Chez les deux femmes, dont nous rapportons l'observation, un premier fait nous paraît devoir être mis en lumière : c'est la grande précocité, chez toutes deux, des accidents tertiaires : elles sont âgées, en effet, respectivement de vingt et un et de vingt-trois ans, et il est

exceptionnel d'observer, à un âge aussi précoce, les accidents cérébro-méningés de la syphilis.

Les auteurs classiques signalent, au cours de la grossesse, la possibilité de méningites cérébro-spinales épidémiques, et celle de méningites tuberculeuses, mais non celle de méningites syphilitiques.

Dans l'observation que nous rapportons (obs. I), les symptômes dominants ont été la céphalée et les vomissements, qui ont persisté pendant toute la durée de la maladie. Les phénomènes de contracture paraissent avoir été peu accusés : cependant l'attitude en chien de fusil, et la raideur de la nuque sont signalées. Notons encore la torpeur, l'amaigrissement, une hémiparésie gauche très légère, constatée au début de la maladie ; enfin l'absence de fièvre et l'irrégularité de l'évolution.

C'est en somme le tableau, à l'état d'ébauche, d'une méningite chronique, et qui constitue le syndrome clinique généralement observé dans la méningite syphilitique chronique : il n'y manque que la paralysie des nerfs craniens, et en particulier les paralysies oculaires, si fréquentes dans les formes basillaires, et les troubles intellectuels habituels dans la syphilis cérébrale, dont l'ensemble constitue une pseudo-paralysie générale.

Le diagnostic repose surtout sur la recherche de la réaction du Wassermann, et les résultats fournis par la ponction lombaire. Il ne se pose guère, d'ailleurs, qu'avec la méningite tuberculeuse, dont l'expression clinique est habituellement plus complète, et dont

l'évolution est rarement entièrement apyrétique.

Au cours de la grossesse, il pourrait encore se poser avec l'éclampsie, compliquée d'hémorragie méningée. Le diagnostic clinique est ici difficile ; il pourrait s'appuyer sur la recherche de l'hypertension artérielle, dont M. le professeur Vaquez a montré l'importante valeur diagnostique au cours des accidents éclamptiques, sur la recherche de l'albuminurie, sur la ponction lombaire qui mettrait en évidence l'existence de l'hémorragie méningée.

L'épilepsie Bravais-jacksonnienne traduit généralement l'existence d'une lésion en foyer, cérébrale ou méningée.

La malade de notre observation II est un exemple des plus classiques d'une épilepsie Bravais-jacksonnienne, de type facial ; pendant la crise, les phénomènes convulsifs s'étendent au membre supérieur, mais le membre inférieur reste indemne, et la perte de connaissance n'est qu'incomplète.

Le diagnostic de la crise jacksonnienne est des plus faciles, et il suffit en général d'assister à la crise, ou d'exiger, de ceux qui y ont assisté, une description minutieuse, pour écarter le diagnostic d'épilepsie essentielle, ou de crise névropathique.

Le diagnostic d'épilepsie partielle établi, il faut en rechercher la cause, puisque cette crise convulsive est toujours symptomatique. Chez notre malade, l'histoire complète des antécédents, telle que nous la rapportons dans le chapitre précédent, les rensei-

gnements fournis par la ponction lombaire, et par la recherche de la réaction de Wassermann, ne pouvaient guère laisser place à un doute sur la nature syphilitique de la lésion causale.

Cependant, nous nous sommes demandé si, dans des cas analogues, le diagnostic avec l'éclampsie ne pouvait pas se poser. Il n'est pas classique que l'éclampsie puisse donner des accès convulsifs localisés ; mais l'urémie comporte, au nombre de ses manifestations nerveuses, des crises jacksoniennes, et la notion de la gravidité mise à part, il existe, entre les deux syndromes cliniques, des traits communs tellement nombreux, qu'on est amené à conclure que ces deux états ne diffèrent en somme que par l'étiologie. Certains auteurs sont même allés jusqu'à vouloir enlever à l'éclampsie son individualité.

L'éclampsie se manifeste le plus souvent du septième au neuvième mois de la grossesse : la période d'invasion de l'accès éclamptique type, rappelle tout à fait la crise jacksonienne à début facial, mais il est rare que l'éclampsie, même dans ses accès les plus brefs et les plus incomplets, ait un début toujours identique, et surtout, la localisation hémiplégique de la crise Bravais-jacksonienne. Les phénomènes prodromiques n'ont jamais, dans l'éclampsie, la netteté d'une aura. Chez les Jacksonniens la morsure de la langue se fera toujours du même côté, au contraire de ce qui se passe dans l'éclampsie. L'accès éclamptique survient à peu près constam-

ment chez des femmes atteintes d'albuminurie : l'absence de celle-ci, dans l'éclampsie, est une rareté, et ces cas ne doivent être acceptés qu'après un contrôle rigoureux. Les accès éclamptiques seraient, d'une manière générale, plus rares que les accès épileptiques ; enfin l'hypertension artérielle, l'oligurie, la coloration plus ou moins foncée des urines, l'hyperthermie au cours des crises, sont des symptômes en faveur de l'éclampsie. Mais l'hypertension n'a plus ici la même valeur diagnostique qu'entre l'éclampsie et l'épilepsie essentielle, d'autres facteurs étant susceptibles de la provoquer chez les syphilitiques. L'analyse chimique des urines, et en particulier le dosage de l'urée et des chlorures, permettra de dire s'il existe une rétention toxique.

La notion de crises convulsives antérieures à la grossesse, qui acquiert une importance capitale pour le diagnostic de l'éclampsie avec l'épilepsie essentielle (il est exceptionnel, en effet, que celle-ci se manifeste pour la première fois au cours de la grossesse, et on ne constate pas habituellement, dans l'épilepsie, de solution de continuité nette avec les accès antérieurs à la grossesse) conserve ici le même intérêt, avec cette restriction, toutefois, que l'épilepsie jacksonnienne étant symptomatique, peut débiter à tout âge, et en particulier coïncider avec l'évolution d'une grossesse, tandis que l'épilepsie essentielle débute habituellement dans l'enfance ou à la puberté.

Chez notre malade, le diagnostic d'éclampsie a pu être écarté, en dehors du caractère partiel des crises

convulsives et de la notion du spécificité, par l'absence d'albuminurie et de rétention toxique dans le sang.

Enfin, au cas où l'histoire clinique de cette malade serait restée incomplète (nous n'avons su que fort tard et après des interrogatoires répétés qu'elle avait eu un chancre et des accidents secondaires), et même si nous n'avions pas eu les renseignements fournis par les méthodes de laboratoire, l'évolution de la maladie aurait confirmé le diagnostic d'épilepsie syphilitique. Sa caractéristique, en effet, est l'évolution des accidents convulsifs, qui, au lieu de s'espacer plus ou moins capricieusement, se succèdent en progression toujours accélérée, et finissent par aboutir à l'état de mal. La très heureuse influence du traitement, enfin, eût permis à elle seule de lever tous les doutes.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DE CES ACCIDENTS LEURS RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE

Les faits cliniques, que nous avons pu rassembler, sont trop peu nombreux, pour que nous en puissions tirer des conclusions précises sur le retentissement réciproque que peuvent avoir les accidents cérébro-méningés de la syphilis et la grossesse.

Les auteurs sont, actuellement, à peu près d'accord sur les rapports de la grossesse et de l'épilepsie essentielle, qui ont été si longtemps controversés. L'influence de l'épilepsie sur la grossesse est à peu près nulle, et il est rare, quelle que soit l'intensité des crises convulsives, qu'il y ait avortement. D'autre part, l'influence de la grossesse sur l'épilepsie pré-existante est variable, et reste plus discutée : dans la moitié environ des cas, cette influence est favorable ; dans le reste des cas, l'influence est variable, soit qu'il y ait aggravation de l'épilepsie, soit que celle-ci ne soit pas modifiée.

Si l'épilepsie essentielle ne peut influencer l'évo-

lution d'une grossesse concomitante, il ne nous paraît pas possible d'admettre que la crise jacksonnienne, dont le retentissement sur l'organisme ne peut être aussi considérable, puisse amener ce résultat. A l'appui de cette hypothèse, nous apportons notre observation II, dans laquelle une épilepsie jacksonnienne, ayant abouti à l'état de mal, n'a pas empêché la grossesse concomitante d'évoluer à terme.

Pour ce qui est de l'influence que peut avoir la méningite syphilitique sur la grossesse, rien ne nous autorise à émettre une hypothèse. Dans notre observation I, la grossesse a été interrompue volontairement, probablement parce que le diagnostic de vomissements incoercibles avait été porté.

Nous laissons complètement de côté la part que peut avoir l'infection syphilitique elle-même sur la grossesse.

La question de l'influence de la grossesse sur les accidents cérébro-méningés de la syphilis nous paraît moins importante à considérer. Il est classique de dire que la syphilis est plus grave dans ses manifestations locales et générales, lorsqu'elle survient au cours de la grossesse ; mais ceci est surtout vrai pour les accidents primaires et secondaires. La grossesse ne nous paraît pas pouvoir aggraver beaucoup le pronostic ou modifier l'évolution d'une méningite syphilitique, ou d'une épilepsie jacksonnienne de même nature.

CHAPITRE V

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les accidents cérébro-méningés de la syphilis, lorsqu'ils apparaissent au cours de la grossesse, nécessitent une thérapeutique active. Le traitement antisyphilitique assure l'évolution physiologique de la gestation, et la naissance d'un enfant vivant et apparemment sain : il s'adresse en outre aux lésions cérébro-méningées, dont il peut entraver le développement, au point d'amener une sédation complète des symptômes cliniques, comme dans notre observation II.

Les résultats ne semblent pas devoir être aussi bons dans le cas de lésions méningées diffuses, puisque, dans notre observation I, le traitement n'a pas empêché la mort de survenir ; mais, chez cette malade, il fut institué tardivement, et poursuivi de façon peu intensive, et surtout on n'eut pas recours à la médication arsenicale.

Le traitement mercuriel nous paraît donc insuffisant, et nous estimons que le salvarsan ou le néosal-

varsan doivent lui être adjoints, bien que certains auteurs en repoussent complètement l'emploi. Pendant la gravidité une prudence particulière s'impose.

Le traitement ne sera institué qu'après une exploration minutieuse du cœur, et surtout du foie et des reins, et après l'analyse détaillée des urines. La susceptibilité individuelle des malades sera toujours recherchée par une première injection à dose faible (0,10 centigramme de néosalvarsan) ; enfin on ne dépassera jamais les doses moyennes.

L'étude de l'élimination de l'arsenic par les urines restera une garantie précieuse.

CONCLUSIONS

I. — Les accidents cérébro-méningés de la syphilis s'observent rarement au cours de la grossesse : ce fait s'explique par l'apparition tardive des lésions qui constituent leurs substratum anatomique.

II. — On peut observer au cours de la grossesse :

1^o) Un syndrome traduisant l'existence d'une méningite chronique diffuse ;

2^e) Des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne, symptomatiques d'une lésion en foyer.

Le diagnostic de la nature de ces lésions est en général facile : il repose en particulier sur les résultats fournis par la ponction lombaire, et la recherche de la réaction de Wassermann.

Le diagnostic de la méningite syphilitique est à faire, en partic, avec la méningite tuberculeuse ; celui des crises jacksonniennes peut se poser avec les convulsions éclamptiques.

III. — L'évolution de ces accidents ne semble nullement influencée par l'état de grossesse. Leur retentissement sur la grossesse nous semble plus important à considérer. Mais l'évolution de celle-ci

paraît être fonction de l'infection syphilitique elle-même, bien plutôt que de la localisation des lésions sur le système nerveux.

IV. — Le traitement antisiphilitique s'impose. Le traitement de choix nous paraît devoir être un traitement mixte, mercure et arsenic. Le néosalvarsan peut, manié avec prudence et à doses modérées, donner d'excellents résultats.

Vu : le Président de la thèse

PAUL CARNOT

Vu le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Bar.* — Pathogénie et traitement de l'éclampsie (XIV^e session de la Société d'Obstétrique de France, octobre, 1911).
- Béraud.* — De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse Paris, 1884.
- Déjerine.* — Séméiologie du système nerveux.
- Dubrisay et Jeannin.* — Précis d'accouchement.
- Fleury (de).* — Maladies du système nerveux.
- Kagan.* — Epilepsie et grossesse. Thèse Montpellier, 1912.
- Le Rolland.* — Influence de la grossesse sur la marche de l'hystérie et de l'épilepsie. Thèse Paris, 1879.
- Mallet.* — Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. Thèse Paris, 1891.
- Ribemont, Dessaignes et Lepage.* — Traité d'Obstétrique.
- Sauvage.* — Emploi du Salvarsan chez les femmes enceintes syphilitiques. Société obstétricale de France, octobre 1912.
- Tarnier.* — Rapports des névroses avec la grossesse (Presse médicale 1897, n^o 29).
- Theuveny.* — Diagnostic clinique des accès éclamptiques. Thèse Paris, 1903.
- Vaquez.* — Société d'Obstétrique de Paris, février 1906.
- Vallois et Delmas.* — Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, février 1912.

Velpeau. — Des convulsions chez la femme pendant la grossesse, le travail et après l'accouchement Thèse concours Paris, 1834.

Wallich. — Eléments d'Obstétrique.

